

UNIVERSITÉ DE NANTES
FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE
ET DE PHARMACIE D'ANGERS

ANNÉE 1970

N° 8

THÈSE

pour le

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Université)

par

Jean-Paul BASEKAIE

né le 18 Décembre 1938 à NDOMBA (Congo-Kinshasa)

Présentée et soutenue publiquement le 1970

L'insertion basse du placenta
dans le dernier trimestre de la gestation

(A propos de 144 observations)

EXAMINATEURS DE LA THÈSE :

Président : Monsieur le Professeur ROUCHY

Juges : MM. HOCQUET, Professeur - P. GROSIEUX, Agrégé
L.-M. ROGNON, Agrégé

UNIVERSITÉ DE NANTES
FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE
ET DE PHARMACIE D'ANGERS

ANNÉE 1970

N°

THÈSE

pour le

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Université)

par

Jean-Paul BASEKAIE

né le 18 Décembre 1938 à NDOMBA (Congo-Kinshasa)

Présentée et soutenue publiquement le

**L'insertion basse du placenta
dans le dernier trimestre de la gestation**
(A propos de 144 observations)

EXAMINATEURS DE LA THÈSE :

Président : Monsieur le Professeur ROUCHY

Juges : MM. HOCQUET, Professeur - P. GROSIEUX, Agrégé
L.-M. ROGNON, Agrégé

UNIVERSITEIT DE LEIDEN
FACULTEIT DER RECHTSGEOGRAFIE
ET DE PHARMACIE

THESE

DE

DOCTORAT EN MEDICINE

afgegeven op



1882

aan de

afgegeven op 1882

afgegeven op 1882

L'insertion dans le placenta
dans le dernier trimestre de la gestation
(la partie de la thèse)

CHAPITRE DE LA THÈSE

CHAPITRE DE LA THÈSE

CHAPITRE DE LA THÈSE

CHAPITRE DE LA THÈSE

FACULTE MIXTE
DE MEDECINE ET DE PHARMACIE d'ANGERS

Doyen Honoraire : Professeur ROUCHY

Professeur Honoraires : MM. DAVID, ROUSSEAU, AMSLER

Le Président du Conseil Transitoire :
Mr J.C. RENIER

L'Assesseur :
Mr H. GERMAIN

I - PROFESSEURS

a) Professeurs Titulaires

MM. COTTIN	Chimie Générale
DELAITRE	Clinique Médicale Infantile
DESJOBERT	Pharmacie Chimique et Toxicologie
FRESSINAUD	Clinique Médicale B
GERMAIN	Botanique et Cryptogamie
GOYER	Clinique Chirurgicale B
GUERIN	Biophysique Médicale
GUNTZ	Anatomie
HERISSET	Matière Médicale
HERMANN	Clinique Ophtalmologique
JOLIVET	Chimie Analytique
LAFARGUE	Pharmacie Galénique
MARTIN	Pathologie chirurgicale
MENARD	Hygiène et Médecine Sociale
NAULLEAU	Clinique Chirurgicale A
OURY	Clinique Pneumo-Phtisiologique
PERREAU	Clinique Médicale A
RENIER	Clinique Rhumatologique
ROUCHY	Clinique Obstétricale et Gynécologique
SIMARD	Anatomie Pathologique

b) Professeur titulaire à titre Personnel

HOCQUET

Parasitologie

II - PROFESSEURS SANS CHAIRE

MM.	PARSY	O.R.L.
	PERTUS	Urologie
	ROGNON	Chirurgie Générale

III - AGREGES

MM.	GODLEWSKI	Neurologie et Psychiatrie
	TESTARD	Pédiatrie
	THUAU	Pathologie Médicale

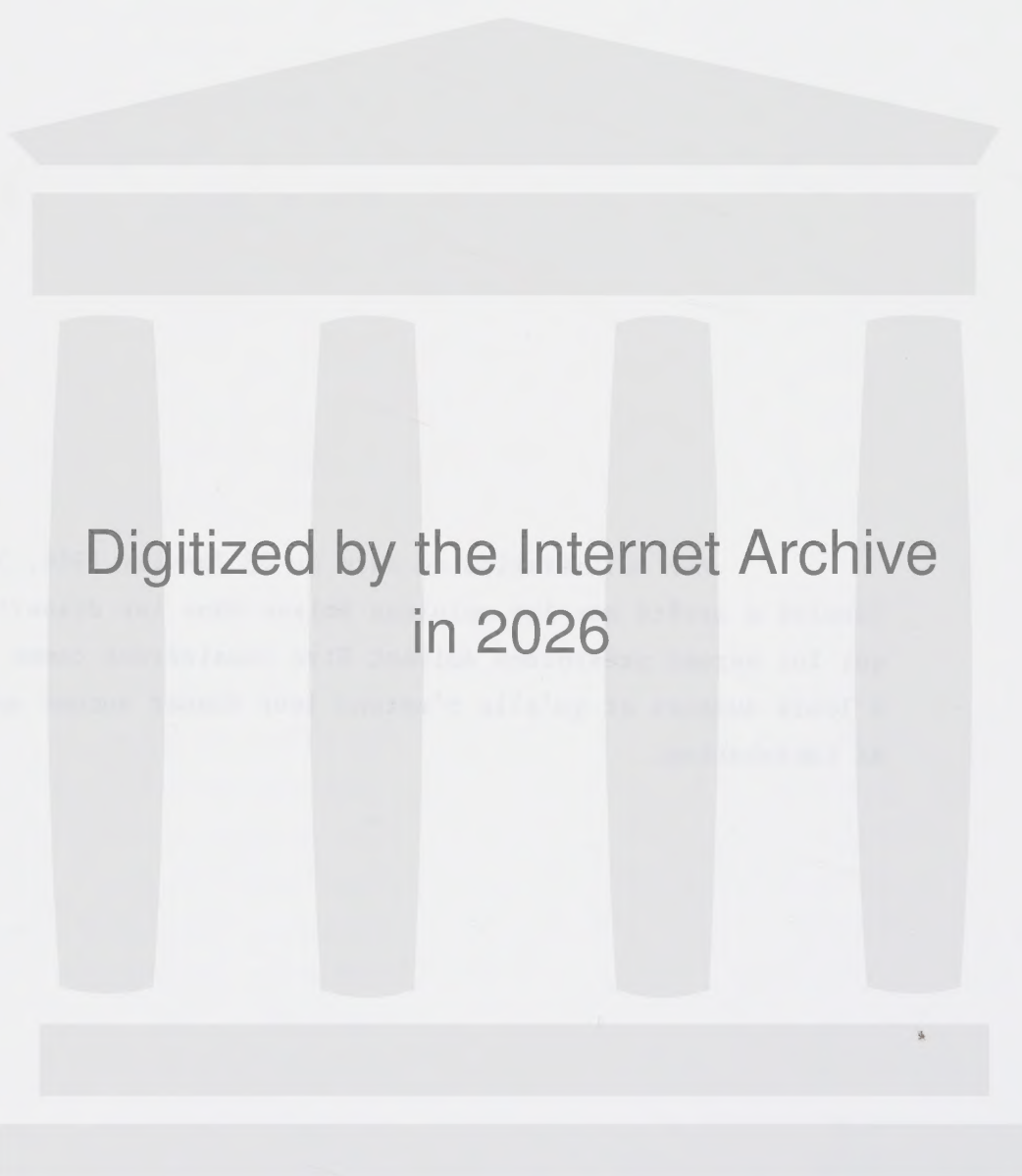
IV - MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

MM.	ALLAIN	Pharmacologie
	AUGEREAU	Pharmacodynamie
	BAILLY	Physique
	BONNIOT	Clinique Médicale B
	CAVELLAT	Anesthésie-Réanimation
Mme	CAVELLAT	Anesthésie-Réanimation
MM.	CARON	Electroradiologie
	COULLAUD	Physiologie
	EMILE	Neurologie
	FRESNEAU	Médecine Générale et Thérapeutique
	GIRAULT	Biochimie Médicale
	GROSIEUX	Clinique Gynécologie et Obstétricale
	HUREZ	Immunologie - Hématologie
	HUYGHUES-DESPOINTES	Biochimie Médicale
	JOUBAUD	Médecine Générale et Expérimentale
	LARGET-PIET	Pédiatrie génétique
	PILLET	Anatomie
	PILLOT	Bactériologie
	PLANE	Chirurgie Générale
Mlle	PRELOT	Zoologie
Mlle	QUERO	Microbiologie
Mme	SCHNITZLER	Dermatologie-Vénéréologie
M.	TADEI	Thérapeutique

Secrétaire de la Faculté Mr R. MAILLEUX

Conservateur de la Bibliothèque de l'Université Mme GALKOWSKI

Par délibération en date du 28 Janvier 1966, la
Faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations
qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres
à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation
ni improbation.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41545913_0005

A LA MEMOIRE VENEREE DE MES PARENTS

Bien faible preuve de ma profonde affection et
ma sincère reconnaissance pour tous les sacrifices
qu'ils se sont imposés pour moi.

A MA FEMME

MUA MUSUAMBA née TSHILANDA

Tu as su faire preuve de patience et de courage dans les moments les plus difficiles de notre vie d'étude

Sois assurée de tout mon amour.

A MES ENFANTS

PATRICIA NOELLE

EULALIE-VERONIQUE

Puisse ce travail que je vous dédie, vous servir d'exemple de courage et de tenacité.

A MA SOEUR AINEE

A MES FRERES ET SOEURS

Joseph BULABA

Joseph

Alphonse

Georgette

Marie-Pauline

A MA TANTE

Pour tout le soutien matériel et moral
que vous m'avez apporté,

Soyez en fraternellement remerciés.

A MES BEAUX PARENTS

Dr. et Mme TUMBA

Profonde affection pour votre
estime et votre confiance.

A MES BEAUX-FRERES

A MES BELLES SOEURS

Toute ma tendre affection.

A MES AMIS et COLLEGUES du C.M.S. KISANTU (CONGO)

Messieurs les DOCTEURS,

Come BUMBA

Georges INGUEN

Bruno IYE

Victor Alhadeff KABAMBA

Jean KABEMBA

Evariste KASONGO

Gilbert NGOYI (in memoriam)

Vincent NSEKA

Faustin MANDOSI

Nestor MAHUMBA

Simon MAZEBO

Gilbert MBAKU

José Norbert MUTOMBO

En souvenir de nos peines, . de nos joies
et de nos efforts conjugués pour le bien-être
et la prospérité de notre MERE-PATRIE.

A MESSIEURS :

KABENGELE MPUASH, licencié en droit,
NGANDU-WABANZAMA, Docteur en droit,
GREGORIUS de Mérode KABAMBA, Licencié en droit,
Dr. MBIYE-KALOMBO
Dr. NGOYI Emery
Dr. TSHITENGE François
Dr. MUTOMBO Sylvain
LUDIHA Michel
MUTOMBO Pierre-Sylvain
MPINGA Honoré
KAZADI Pierre-Hilaire
MBUYI Clément
KATALAYI Donatien
KITABU Modeste
BERTHE Lucien
KABEMBA Sylvestre
NPAMBI Domingos
Dr. KANDA Pierre
TSHIBAMBA Stéphane.

Amis et frères de toujours.

Au Docteur et Madame GIBAUD Robert

Votre aide nous a été indispensable et totale.

En remerciement d'une amitié spontanée, active
et féconde

A Monsieur et Madame BOISSENIN
Médecins-Chef au Centre Psychothérapique
de SARREGUEMINES

Qui nous ont spontanément accueilli dans leur
service,

En témoignage de notre plus profonde reconnais-
sance.

A Monsieur le Docteur B BERGELIN
Médecin-Chef - Hôpital de Gray

Pour votre accueil, enseignement et confiance
dont nous avons été l'objet durant notre séjour
dans votre service

Hommage respectueux.

A LA COMMUNAUTE CONGOLAISE D'ANGERS

Dr. et Madame T. LUZAISU

Dr. et Madame A. NZUZI

Dr. et Madame SAAMBILI

Dr. D. MUHONA

Dr. Pierre PATERNE TAWAB

Dr. DANY LANDU

Dr. Sylvain MULUALA

Nestor KAZADI

Emmanuel KABALO

Dr. et Madame A. KAMBA

Dr. et Madame G. KAZADI

Nos sentiments plus amicaux.

AU GOUVERNEMENT CONGOLAIS

Pour avoir voulu nous assurer une formation
médicale en France.

Pour l'aide matérielle que vous nous avez
apportée pendant ce séjour en France.

Profonde reconnaissance.

AU GOUVERNEMENT et au PEUPLE FRANCAIS

Fidèles à leur bienveillance historique,

Ils nous ont ouvert les portes de leurs
universités.

Nous ne saurons assez leur témoigner notre
gratitude.

A L'ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE (O.M.S.)

Notre profonde gratitude.

AU CENTRE INTERNATIONAL DES STAGES (C.I.S.)

Nos remerciements.

AU DOCTEUR L.P. AJJOLAT
Ancien Ministre
Inspecteur Général des Affaires Sociales

En témoignage de tout ce que vous avez
fait pour nous.

A NOS COLLEGUES de 1^{er} INTERNAT

- de l'Hôpital de Bar-le-Duc
- de l'Hôpital de Gray
- du Centre Psychothérapique de Sarreguemines
- du Centre Pneumophtisiologique François-Mercier

Meilleurs souvenirs.

A NOS MAITRES

de la Faculté Mixte de Médecine et de
Pharmacie d'ANGERS

- dans les Hôpitaux

du C.M.S. Kisantu (CONGO)

Hommage respectueux et sincère gratitude
pour nous avoir fait bénéficier de vos
riches connaissances.

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DE THESE

Monsieur le Professeur R. ROUCHY
Doyen Honoraire de la Faculté de Médecine et de Pharmacie,
Professeur de Clinique Obstétricale et Gynécologique
Gynécologue-Accoucheur des Hôpitaux,
Officier de la Légion d'Honneur

Qui nous a fait le très grand honneur
d'accepter la présidence de cette thèse.

Qu'il soit remercié de tout ce qu'il a
fait pour nous, et en particulier de
l'enseignement qu'il nous a prodigué
pendant l'excellent semestre passé
dans son service.

Qu'il veuille bien trouver ici l'expres-
sion de notre admiration et de notre
plus profond respect.

A NOS JUGES

Monsieur le Docteur P. GROSIEUX
Maître de Conférences Agrégé de Gynécologie-Obstétrique
Gynécologue-Accoucheur des Hôpitaux.

Il nous a inspiré le sujet de cette thèse et a eu la
bienveillance de nous guider de ses précieux conseils

Nous le prions de bien vouloir trouver ici l'expres-
sion de notre profonde et respectueuse affection.

Monsieur le Professeur HOCQUET
Professeur de Parasitologie

Il nous a fait le grand honneur de juger notre travail,

Qu'il en soit très sincèrement remercié.

Monsieur le Professeur Agrégé LM. ROGNON

Qui nous a fait le grand honneur de compter parmi nos
juges.

Qu'il soit assuré de notre gratitude pour l'enseigne-
ment qu'il nous a dispensé pendant notre séjour à la
Faculté de Médecine d'ANGERS.

P L A N

	<u>Pages</u>
INTRODUCTION	1
CHAPITRE I	2 à 10
Historique	2
· Fréquence	4
· Etiologie	6
CHAPITRE II	11 à 26
· Etude Clinique	11
· Diagnostic	21
CHAPITRE III	27 à 38
Traitement	27
CHAPITRE IV	39 à 49
Pronostic	39
CONCLUSION	46 à 48
BIBLIOGRAPHIE	49 à 61

INTRODUCTION

Nous nous sommes proposés dans ce travail, de réunir les 144 cas d'insertion basse du placenta observés en 10 ans de 1956 à 1966 inclus, dans le Service de Clinique Obstétricale et Gynécologique du C.H.U. d'Angers. (Professeur R. ROUCHY).

Nous voulons envisager l'étiologie, le sémiologie et discuter, en fonction des résultats maternels et foetaux obtenus, les problèmes thérapeutiques que pose encore, dans le dernier trimestre de la grossesse, ce syndrome obstétrical toujours redoutable en dépit des thérapeutiques modernes

CHAPITRE 1

HISTORIQUE

FREQUENCE

ETIOLOGIE

HISTORIQUE

La gravité du pronostic du placenta praevia est à l'origine de plusieurs attitudes au cours de l'évolution historique de cette anomalie. Cinq périodes permettent d'étayer les modifications et les diverses conceptions du problème. Chacune correspond grossièrement à un siècle.

- 1 - A l'origine, c'est-à-dire dès le 16ème siècle, Ambroise PARE est le créateur de la version par manoeuvres internes, en raison du pronostic déplorable des formes hémorragiques du placenta praevia.
- 2 - Cette thérapeutique par évacuation rapide de l'utérus est reprise au 17ème siècle. MAURICEAU, comme Ambroise PARE, fait siennes les indications de version par manoeuvres internes suivies d'extraction dans le placenta praevia
- 3 - Le 18ème siècle réagit contre cette méthode thérapeutique. LEVRET, en particulier, se fait l'apôtre de la compression hémostatique du placenta. PUZOS enseigne la rupture des membranes, à la suite de quoi il laisse l'accouchement se terminer spontanément, sans nouvelle intervention.

4 - Le 19ème siècle apporte la modification technique du principe déjà appliqué au siècle précédent de la compression hémostatique (tamponnement vaginal : LEROUX de Dijon ; ballon intra-utérin et intra-vaginal, Barnes, 1859 ; ballon intra utérin . CHAMPETIER de RIBES ; version par manoeuvres mixtes non suivie d'extraction : méthode de BRAXTON-HICKS, 1864. Surtout cette étape est caractérisée par l'emploi de la rupture large des membranes à laquelle PINARD attache son nom de manière définitive.

Pour d'autres, au contraire, il semble plus indiqué de revenir à des techniques d'accouchement plus rapide (BONNAIRE).

5 - Le 20ème siècle enfin, est précédé par un fait fondamental : l'introduction de la césarienne dans le traitement du placenta praevia. D'abord employée en Amérique (HUDSON-FORD, 1890), c'est TARNIER qui en FRANCE, en 1897, met en valeur l'importance de cette nouvelle thérapeutique.

Après de nombreuses variations dans les modalités de sa technique, DESOUBRY, dans sa thèse en 1925, semble donner à la césarienne droit de cité dans le traitement de placenta praevia. Cette évolution des idées thérapeutiques s'est constamment étendue depuis cette date à la lumière des différents congrès (Innsbruck 1922, Leipzig 1929, et Paris 1933).

Aujourd'hui, le placenta praevia garde toute son autonomie en fonction de sa symptomatologie qui reste dominée par l'hémorragie, de la gravité de son pronostic qui demeure, mais surtout de sa thérapeutique.

La surveillance systématique de femmes enceintes, les méthodes modernes constamment améliorées de technique chirurgicale, de transfusion-réanimation et de soins donnés aux nouveaux-nés dès la naissance, permettent d'espérer un pronostic meilleur, sachant qu'il reste encore lourd de conséquences.

F R E Q U E N C E

La fréquence du placenta praevia est différente suivant les statistiques. REICH (1956) sur une période de 35 ans (1919-1954) a trouvé le chiffre de 0,5 %, H. JOHNSON, pendant une période de 10 ans débutant en 1930, et sur 50.000 accouchements, a noté 201 cas, soit 0,4 %. Les statistiques officielles donnent des chiffres très importants : la moyenne dans les hôpitaux des Etats-Unis est de 1,7 % (sur 39.193.907 accouchements de 1946 à 1955, il y aurait eu 590.296 cas de placenta praevia). C'est peut-être la manière diverse dans leur diagnostic qui explique ces différences.

Pour sélectionner nos observations, nous avons retenu le critère anatomique de définition du placenta inséré bas : insertion du placenta en partie ou en totalité sur le segment inférieur. L'insertion vicieuse a été reconnue, soit au cours de l'accouchement par voie haute ou basse, soit après la délivrance par la mesure du petit côté des membranes.

De 1956 à 1965, nous avons pu recueillir 144 observations de placenta inséré bas sur 19.722 accouchements. La fréquence s'établit donc à 0,73 % du total des accouchements mais le nombre de cas d'insertion anormale du placenta est probablement plus élevé : le petit côté des membranes a pu en effet, ne pas être toujours mesuré dans les observations sans manifestations cliniques.

Sur le plan clinique, les hémorragies occupent la première place par leur fréquence et leur gravité. Elles ont été observées au cours de la grossesse et du travail dans 123 observations. La fréquence des formes hémorragiques s'établit donc à 0,62 %. Ce chiffre est élevé mais la fréquence varie bien entendu en fonction du recrutement des différents services.

Elle est supérieure aux pourcentages rapportés par DUMONT : 0,31 % (1962) ; LEPAGE & Coll : 0,37 % (1963) ; JOHSON : 0,40 % ou REICH 0,40 %, mais inférieure en revanche à la fréquence retrouvée par GREEN 10 %, SEMMENS 0,90 %, NELKEN & MUSIATOWICZ 0,94 %, BRUN 0,88 %, par MERGER, par RIVIERE & Coll.

En ce qui concerne la variété anatomique, nous avons relevé 62 insertions recouvrantes totales ou partielles (43 %) et 72 insertions non recouvrantes (50 %) ; dans 10 observations enfin, la variété n'était pas précisée (7 %).

	Recouvrant	Non recouvrant	Sans précision
GREEN 1959	45 %	35 %	
HEFFRON 1959	59 4 %	40 6 %	
KIMBROUGH 1959	24 %	69 %	7 %
SMITH 1959	43 %	40 %	17 %
DUMONT 1962	72 1 %	24 9 %	2,7 %
LEPAGE 1963	18 4 %	81 6 %	

Dans notre statistique, le pourcentage des insertions recouvrantes comparé à celui des autres auteurs se situe donc dans un groupe intermédiaire.

ETIOLOGIE

A la recherche d'éventuels facteurs favorisant ou déterminant l'insertion vicieuse du placenta, nous avons recherché l'incidence de la parité, de l'âge des mères, des antécédents gynécologiques et obstétricaux, enfin, la possibilité de récidi ves.

I - PARITE

17 femmes étaient primipares (11,8%) et 127 multipares (88,2%) ce qui confirme la notion généralement admise de la plus grande fréquence chez les multipares. Les pourcentages de multipares cités par les autres auteurs sont proches des nôtres : DUMONT (72 %) ; LEPAGE & Coll (78,1%) ; LACOMME (68,8%) ; REICH (90%) ; HIBBARD (90%) , JOHNSON (70%) ; SCHMITZ (80%) ; SEMMENS (78%) ; HERVET, HENRION (70 à 90%) ; HEFFRON (84,2%).

II - AGE

Les âges extrêmes de nos malades étaient de 17 à 46 ans. Par ailleurs, 65 femmes étaient âgées de moins de 30 ans. Parmi

les 17 primipares déjà citées, 5, (29,4%) étaient âgées de plus de 30 ans (dont l'une de 37, l'autre de 39 ans). L'âge moyen de nos malades : 31 ans, était peu différent de l'âge moyen rapporté par STRASSMAN 32 ans, et par HEFFRON : 29 ans.

L'âge paraît donc avoir peu d'influence sur l'anomalie de l'insertion placentaire.

III - ANTECEDENTS OBSTETRICaux

Chez toutes les patientes, nous avons recherché les antécédents de manoeuvres intra-utérines curetage, révision, délivrance artificielle ou les antécédents d'opérations césariennes.

a - Antécédents d'avortements

Dans 27 Observations nous avons trouvé des antécédents d'avortement (18,75 %) et 22 femmes avaient fait l'objet d'un curetage utérin (15%). Ces pourcentages sont inférieurs aux taux rapportés dans les travaux antérieurs : LEPAGE & Coll. (42,9 % d'avortements et 18,9 % de curetage), CHOSSON & RUF (31 % d'avortements uniques ou répétés).

Parmi les 27 cas à antécédents d'avortement, l'accident avait été isolé dans 17 observations et répété dans 10 observations. Ces avortements à répétition avaient motivé deux curetages chez 5 malades, 3 curetages chez 3 autres malades et 4 curetages dans un dernier cas.

b - Antécédents de manoeuvres obstétricales intra-utérines

Chez deux malades seulement, nous avons relevé des antécédents de grande extraction de siège, précédée chez l'une d'elle d'une version par manoeuvres internes. Quatre malades avaient fait l'objet d'une révision utérine à l'occasion d'un accouchement antérieur et cinq autres patientes avaient subi une délivrance artificielle suivie de révision utérine. Au total, dans onze observations (7,6 %); il existait des antécédents de manoeuvres obstétricales intra-utérines.

c - Antécédents d'opération césarienne

Quatorze malades avaient subi antérieurement une ou plusieurs opérations césariennes (9,7 %).

OPERATION	Unique	10
	Itérative	4
	- deux	3
	- trois	1

d - Antécédents de curetage post-partum

Trois patientes présentaient de tels antécédents : curetage utérin pour suites fébriles d'une opération césarienne dans un cas et pour hémorragie au quinzième jour des suites de couches dans les deux autres cas

IV - LES ANTECEDENTS GYNECOLOGIQUES

Chez sept malades seulement, on pouvait relever de tels antécédents ou une affection gynécologique particulière.

Malformations utérines	2
Antécédents de myomectomie	1
Stérilité	2
Fibromes utérins	1
Salpingectomie pour grossesse extra-utérine	1

V - INSERTION BASSE DU PLACENTA RECIDIVANTE

Si classiquement cette éventualité est peu fréquente, nous l'avons retrouvée dans 4 de nos 144 Observations (2,7 %). Ce pourcentage supérieur à celui rapporté par JOHSON en 1950 (1,6 %) ; par SEMMENS en 1959 (1 8 %) et par LEPAGE & Coll. en 1963 (1,7 %). Chez trois de nos malades, le placenta praevia avait dû être traité par opération césarienne, la quatrième patiente ayant fait l'objet d'une grande extraction du siège. Dans les quatre cas, la récurrence dû être traitée par opération césarienne.

VI - GROSSESSES GEMELLAIRES

Dans la grossesse gemellaire, le placenta très étalé empiète parfois sur le segment inférieur : nous trouvons dans notre série trois grossesses gemellaires seulement (2 %).

VII - L'ASSOCIATION HEMATOME RETRO-PLACENTAIRE - INSERTION BASSE DU PLACENTA

Nous l'avons rencontrée dans une seule observation contrairement aux constatations de CHASTRUSSE & Coll. (une fois sur 30).

Au total, parmi les facteurs étiologiques, il convient de mettre l'accent sur le rôle toujours confirmé de la multiparité et des antécédents d'avortements suivis ou non d'interventions endo-utérines.

CHAPITRE 2

ETUDE CLINIQUE

DIAGNOSTIC

ETUDE CLINIQUE

Essentiellement responsable d'accidents hémorragiques, l'insertion basse du placenta peut aussi être cause de rupture prématurée des membranes, de présentations anormales, de procidence du cordon réalisant des dystocies parfois complexes.

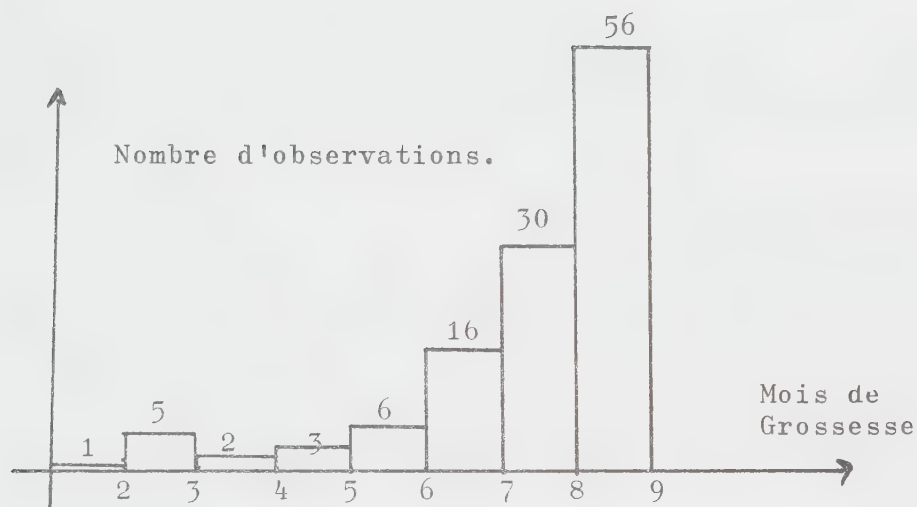
Nous avons étudié séparément chacun de ces symptômes.

I - LES HEMORRAGIES

Nous avons étudié d'une part la date de leur apparition et leur évolution, d'autre part leur abondance.

1 - La date d'apparition

a - Des hémorragies sont survenues au cours de la grossesse ou pendant le travail dans 123 cas. La date en a été précisée dans 119 Observations.



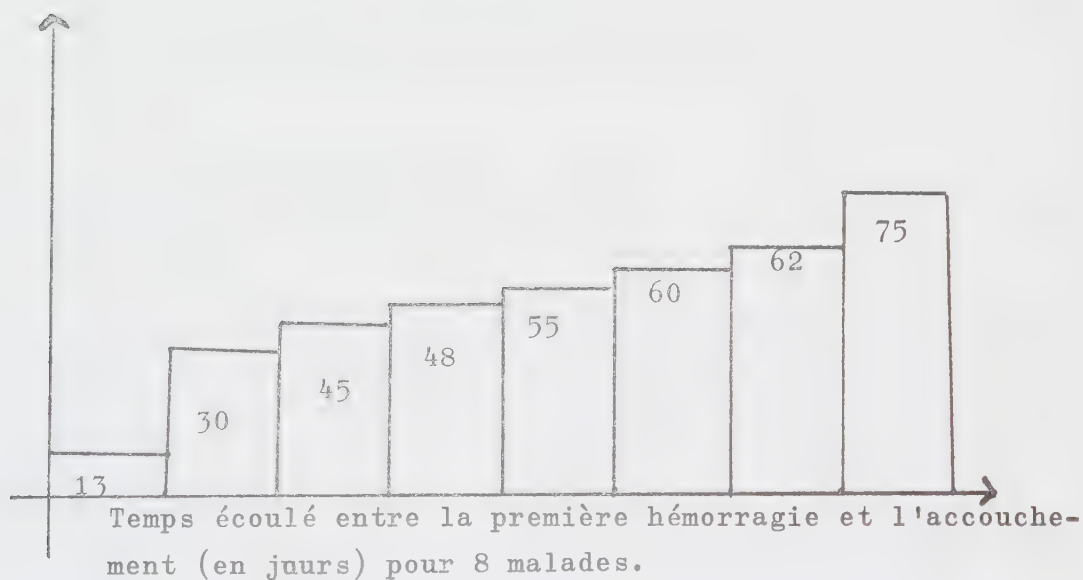
b - La première hémorragie est apparue au cours des deux premiers trimestres de la gestation chez 17 femmes (13,8 % des formes hémorragiques). Ce taux est très inférieur aux pourcentages donnés par LEPAGE 40 % (1962); MAYER 40 % (1963) ; il est identique à celui de DUMONT (10 cas sur 72 Observations). L'hémorragie a récidivé 12 fois avant le début du travail. La date de l'accouchement est indiquée dans le tableau suivant :

6 M 1/2	7 M	7 M 1/2	8 M	8 M 1/2	9 M
4	1	2	5	4	1

c - Dans 63 cas, l'hémorragie est survenue avant le 9ème mois (53 %), chiffre identique à celui de SEMMENS, mais inférieur à ceux d'EADIE & RANDALL (77 %) ; de DUMONT (75 %); de HEFFRON & Coll (67,5 %).

d - L'hémorragie a commencé au cours des 7ème et 8ème mois dans 46 cas (38,6 %), ce chiffre voisin de celui de SEMMENS (40 %) mais également inférieur aux pourcentages donnés par EADIE & RANDALL (45 %) et par DUMONT (58 %) :

- durant le 7ème mois, chez 16 femmes. Pour 8 d'entre elles (50 %), le déclenchement du travail s'est produit à bref délai : en quelques heures à trois jours. Pour les 8 malades restantes, la poursuite de la grossesse a été obtenue et l'on a pu gagner de 13 à 75 jours.



- Au cours du 8ème mois de la gestation chez 30 femmes. Le début du travail est arrivé peu après cette première hémorragie pour 11 femmes ; pour les 19 autres, la grossesse a pu se prolonger de une à sept semaines (63 %) ; ainsi, 10 sur 30 ont accouché à terme ou près du terme.

2 - L'abondance

L'abondance des hémorragies a une valeur pronostique considérable tant pour le pronostic maternel que pour le pronostic foetal. C'est dire l'intérêt que revêt l'appréciation de la quantité de sang perdue. Celle-ci est difficile mais peut être grossièrement jugée sur le volume de sang transfusé. Des transfusions sanguines uniques ou répétées ont été nécessaires chez 98 malades : 68 % du nombre total des cas mais 79.6 % des formes hémorragiques d'insertion basse du placenta. Le volume de sang transfusé a varié de 0,5 l. à 10 litres dans une observation. Les transfusions sanguines ont été moins fréquentes et moins abondantes chez les femmes qui ont pu accoucher par voie basse mais elles ont toujours été indiquées ; le volume moyen de sang transfusé a été de 0.93 l.

II - LA RUPTURE PREMATUREE DES MEMBRANES

Dans notre série, cet accident est survenu chez 20 malades (13.9 %) ; pourcentage nettement supérieur à celui donné par DUMONT (4 %) , mais un peu inférieur à celui de RIVIERE et CHASTRUSSE ; 16.7 % (1955) et de LEPAGE 18.4 % (1962).

Dans trois cas seulement la rupture intempestive des membranes fut le symptôme révélateur de l'insertion vicieuse du placenta ; elle n'a pas été spécialement plus fréquente dans les formes non hémorragiques. Réserve faite de ces trois cas, chez toutes les autres malades, la rupture prématurée des membranes a été précédée, accompagnée ou suivie d'hémorragies.

Sur les 20 cas observés, 8 fois l'accouchement a pu évoluer par les voies naturelles et 12 fois, une opération césarienne a été nécessaire.

III - LES PRESENTATIONS ANORMALES

La présentation a été précisée dans 125 observations parmi lesquelles on trouve 45 présentations anormales (56 %) soit 22 présentations du siège, 22 présentations transversales (17,6 %) et une présentation du front. Dans 19 Observations, la présentation n'était pas mentionnée ; l'abondance de l'hémorragie dans des variétés recouvrantes de placenta praevia, l'urgence d'une évacuation utérine par voie haute a souvent fait passer dans ces cas le diagnostic de présentation au second rang des préoccupations.

Le taux de présentations anormales est très élevé ; il est très supérieur au pourcentage donné par LEPAGE & Coll. (14,9%), supérieur aussi aux pourcentages d'autres auteurs FITZGERALD (1954) ; présentation du siège 6,4 %, présentation de l'épaule 4,2 % ; CHOSSON & RUF (1961) ; siège 12 %, épaule 14 %.

	Pourcentage de présentations du siège	Pourcentage de présentations transversales
Taux normal en dehors du placenta praevia	3 %	0,3 % (MERGER 1957)
BEILLY 1952	7,4 %	8,6 %
FITZGERALD 1954	6,4 %	4,2 %
REICH 1956	14,1 %	11,6 %
SEMMENS 1959	12,6 %	12,6 %
CHOSSON & RUF 1961	12,5 %	14,0 %
Clinique Obstétricale et Gynécologique d' ANGERS	18,4 %	17,6 %

IV - LES PROCIDENCES DU CORDON

Quatre procidences et un procubitus du cordon, complications classiques du placenta praevia ont été relevées (3,47 %). Ce taux est identique à celui de LEPAGE & Coll. (3,5 %) mais inférieur à celui trouvé par de nombreux autres auteurs : SEMMENS 4,2 % ; FITZGERALD 6,7 %.

Le traitement de ces accidents funiculaires a été chirurgical pour trois observations d'opération césarienne pour procidence, la rupture des membranes avait été spontanée chez deux malades, artificielle chez la troisième. Dans le cas de procubitus, la poche des eaux fut respectée et la malade opérée au début du travail. Dans la cinquième observation, la procidence survint à dilatation complète lors de la rupture spontanée des membranes : grande extraction du siège, évolution foetale favorable.

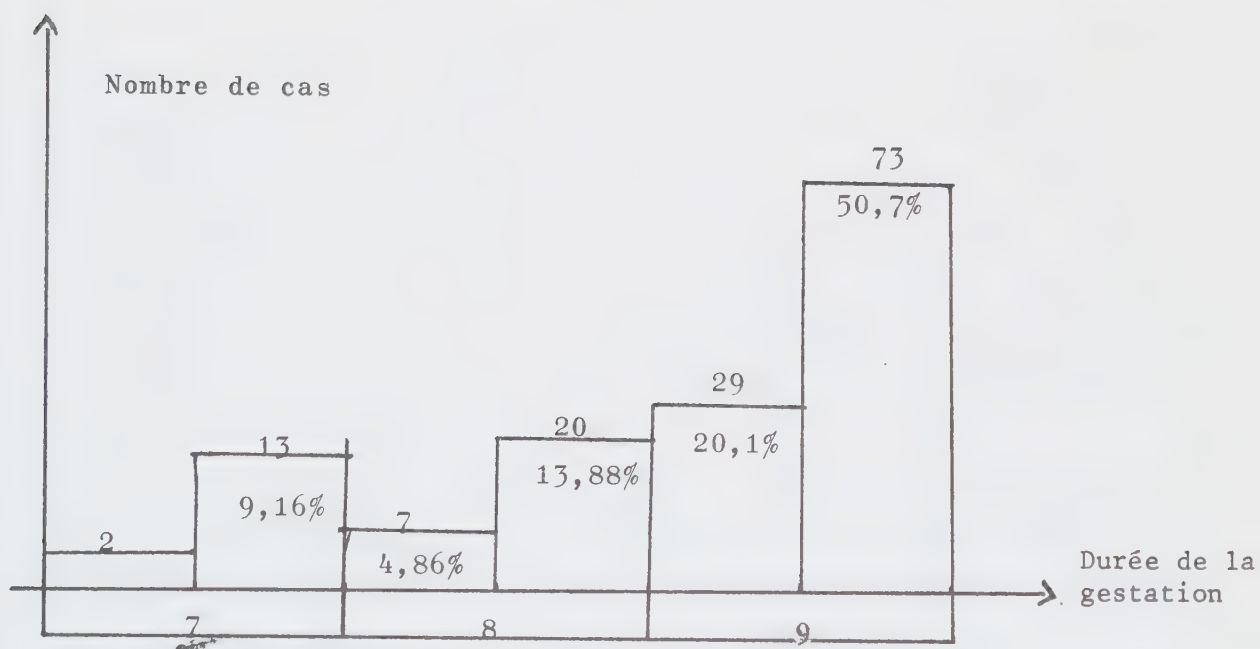
MEMBRANES	EXAMEN	TRAITEMENT			
26 ans II à Père	8 mois	Rupture spontanée Prématurée	Présentation céphalique En travail Dilatation : 3 cm Malformation utérine procidence main + cordon	Opération Césarienne	Fille 2.210 g. Bp.
30 ans III à Père	a terme	Rupture ar- tificielle	Présentation céphalique En travail Dilatation : 3 cm Liquide Amniotique méconial	Opération Césarienne	Fille 3.150 g. Bp.
31 ans IX à Père	a terme	Intéressé	Présentation céphalique en travail Dilatation : 3 cm Précipités du cordon	Opération Césarienne Liquide am- niotique méconial	Garçon 3.480 g. Bp.
39 ans XI à Père	8 mois 1/2	Rupture prématurée spontanée	Présentation céphalique Procidence du cordon	Opération Césarienne AVANT le début	Garçon 3.150 g. Bp.
28 ans	a Terme	Rupture Spontanée à dilata- tion complète	Siège complet Procidence du cordon	Grande ex- traction du siège	Fille 3.020 g. Bp.

V - EVOLUTION de la GROSSESSE

Dans tous les cas de placenta inséré au niveau du segment inférieur, la grossesse est menacée d'interruption, au point que RIBEMONT - DESSAIGNES et G. LEPAGE, dans leur traité en 1914, classaient l'accouchement prématuré dans les signes cliniques de l'insertion basse, sur le même plan que les hémorragies, la rupture prématurée des membranes et les présentations anormales.

1) ... Durée de la Gestation

Elle est résumée dans le tableau suivant :



La grossesse s'est interrompue :

- . avant 8 mois $1/2$ (38ème semaine) chez 71 malades (49,3 %)
- . après 8 " $1/2$ ou à terme chez 73 malades (50,7 %)

Le nombre des interruptions de grossesse sur-

venues au cours des trois derniers mois a été le suivant :

Mois de Grossesse	Nombre de cas	Pourcentage
7ème mois	15	10,41 %
8ème mois	27	18,75 %
9ème mois et à terme	73	70,83 %

2) ... Durée de la grossesse dans les formes hémorragiques

Chez 123 femmes qui présentaient une insertion basse du placenta compliquée d'hémorragie, *57 fois la grossesse s'est terminée avant huit mois et demi (46,34 %)*. Dans les 80 cas où les hémorragies se sont produites avant huit mois et demi : *57 fois l'accouchement a été prématuré (71,25 %)*, pourcentage supérieur à celui de BURGER & Coll. (47 %), mais voisin de celui de LACOMME (75 %), de LEPAGE (67,7 %). Dans les 123 formes hémorragiques de placenta praevia, le nombre d'accouchements au cours de chacun des trois derniers mois de la gestation a été le suivant :

Mois de Grossesse	Nombre d'accouchements	Pourcentage
7ème mois	13	10,56 %
8ème mois : 1ère quinzaine 2ème quinzaine	5 15	4,0 % 12,19 %
9ème mois : 1ère quinzaine 2ème quinzaine	24 66	19,51 % 53,65 %

3) ... Durée de la grossesse dans les
formes non hémorragiques

Dans les formes d'insertion basse du placenta, non compliquées d'hémorragie, l'interruption de la grossesse avant 8 mois et demi a été observée dans 14 cas sur 21 (2/3) ; taux très supérieur à celui donné par d'autres auteurs en particulier : LEPAGE & Coll. (1/3).

En résumé, au terme de cette étude clinique des observations, il convient de mettre l'accent sur l'extrême fréquence et l'abondance des hémorragies ainsi que sur le grand nombre des présentations anormales. En revanche, les cas de rupture prématurée spontanée des membranes n'ont pas été très fréquents. Nous avons relevé 4 cas de procidence du cordon avec évolution foetale d'ailleurs favorable.

Enfin, la fréquence des interruptions prématurées de la gestation se trouve ici confirmée.

DIAGNOSTIC

I - LE DIAGNOSTIC PENDANT LA GESTATION

Le diagnostic clinique de l'insertion basse du placenta, habituellement facile, repose avant tout sur la survenue d'hémorragies de caractères très particuliers.

L'hémorragie survenant dans le 3ème trimestre de la grossesse n'a pas de cause apparente ; elle est spontanée, brusque et indolore. Faite de sang rouge, elle est modérée au début, mais tend en se répétant à augmenter en abondance. Elle s'arrête enfin spontanément.

- Les signes physiques viennent confirmer le diagnostic : utérus de consistance normale, présentation élevée mobile, mal adaptée, souvent anormale ; bruits du coeur foetal normalement perçus.
- Les signes généraux varient avec l'abondance de l'hémorragie, et il importe de toujours dépister une éventuelle anémie par des numérations globulaires régulières.

L'étude systématique des antécédents par l'interrogatoire a dans certains cas, une très grande valeur diagnostique : multiparité, antécédents de curetage post-abortum ou post-partum, antécédent de myomectomie. En fin de gestation, la mise en évidence d'hémorragies survenues au cours des premiers mois revêt également toujours une grande valeur diagnostique

DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL =====

En fin de grossesse, le diagnostic différentiel devra s'attacher essentiellement à reconnaître les hémorragies d'autre origine.

1. - Les hémorragies vaginales ou cervicales :

Elles peuvent être la conséquence d'une colpite ou d'un cancer du col utérin et seront reconnues par l'examen au spéculum.

2. - Les hémorragies provenant de l'utérus et qui ne sont pas dues à une insertion basse du placenta :

Celles-ci semblent nombreuses et représenteraient : "même 40 à 50 % de toutes les hémorragies de fin de grossesse (BROWNE, 1946 ; MACAFEE 1951, MURDOCH & FOULKES, 1952.) et plus de la moitié des cas dans une statistique de RIVIERE et Coll. portant sur 87 hémorragies".

Dans ce cadre, il faut éliminer particulièrement l'hémorragie retro-placentaire et les cas de rupture utérine .

◦ L'Hémorragie retro-placentaire :

Le tableau clinique de l'hémorragie retro-placentaire est typiquement très différent : hémorragie peu abondante de sang noirâtre, douleur, état de choc survenant brusquement sur un terrain d'hypertension artérielle ou de toxémie gravidique.

L'utérus est contracturé, d'une dureté ligneuse et le foetus est le plus souvent mort.

Les formes atypiques du syndrome sont nombreuses. L'hémorragie peut être faite de sang rouge avec quelques douleurs seulement et une contracture utérine difficile à apprécier. Il semble dans ces cas que plus l'hémorragie externe est abondante, moins l'utérus réagit par une contracture.

Enfin, une hémorragie retro-placentaire peut être associée à l'insertion basse du placenta.

◦ La rupture utérine spontanée survenant en fin de grossesse :

Elle survient surtout chez des malades dont l'utérus était antérieurement lésé, porteur d'une cicatrice de césarienne, de myomectomie. Dans les cas typiques, l'atteinte rapide de l'état général et la disparition des bruits du coeur foetal orientent assez vite le diagnostic ; mais actuellement ce sont des ruptures peu bruyantes et l'hémorragie peut ressembler à celle d'une insertion basse du placenta.

. *DIAGNOSTIC POSITIF*

=====

La gravité des hémorragies par insertion basse du placenta peut entacher gravement en fin de grossesse et au cours du travail, le pronostic maternel et foetal. Il importe donc d'avoir la certitude du diagnostic pour prendre toutes mesures thérapeutiques utiles.

En fait, le problème le plus délicat est d'affirmer l'existence d'une insertion vicieuses du placenta alors qu'on y a immédiatement songé en présence des hémorragies.

Dans les premières années de cette étude, quelques patientes ont fait l'objet d'une cystographie mais on connaît les insuffisances de cette méthode. Plus récemment, nous n'avons pas cru devoir recourir à la localisation isotopique du placenta qui n'est peut-être pas totalement dénuée de dangers pour le fœtus. Nous préférons aujourd'hui recourir à la placentographie et surtout à l'emploi des ultrasons.

Il nous paraît en effet du plus haut intérêt de disposer d'un moyen de localisation placentaire fidèle et inoffensif. Les patientes dont l'hémorragie ne relève pas d'une insertion basse du placenta sont autorisées à quitter le service. On gardera au contraire celles pour lesquelles le diagnostic est établi avec certitude et dont le domicile est trop éloigné afin de prendre toute mesure thérapeutique utile.

L'insertion recouvrante du placenta peut se révéler seulement à l'occasion du travail par une hémorragie brutale et l'on conçoit l'intérêt d'obtenir la localisation du placenta en présence de toute présentation anormale avec un segment inférieur malformé en fin de grossesse.

II - DIAGNOSTIC DURANT LE TRAVAIL

Il peut s'agir d'une première hémorragie spécialement en cas d'insertion recouvrante du placenta mais en général l'hémorragie survient chez une femme qui a déjà saigné pendant la grossesse. Elle est remarquable alors par son abondance et l'absence de toute tendance à l'arrêt spontané. Le toucher vaginal constate les modifications du col et dans l'aire de la dilatation perçoit le placenta dans les variétés totalement recouvrantes ou le bord de celui-ci lorsqu'il recouvre partiellement l'orifice interne du col utérin.

La déperdition sanguine va retentir alors rapidement sur la mère et sur le fœtus.

Le diagnostic clinique est évident le plus souvent. Rares sont les cas d'hémorragies par rupture d'un vaisseau du cordon et de melaena intra-utérin. En pareille circonstance l'hémorragie survient au moment précis de la rupture des membranes et son abondance contraste avec la conservation de l'état général maternel.

Dans nos observations, l'insertion basse du placenta a été affirmée en dernier ressort par l'examen de l'arrière-faix dans le cas d'accouchement par les voies naturelles ou lors de l'intervention pour les opérations césariennes.

CHAPITRE 3

TRAITEMENT

T R A I T E M E N T

A - ANALYSE DES OBSERVATIONS

En cas d'insertion basse du placenta, deux possibilités sont offertes : l'accouchement par les voies naturelles et l'opération césarienne.

Sur 144 Observations on dénombre :

101 opérations césarienne (70 14 %)

43 accouchements par voie basse (29 86 %).

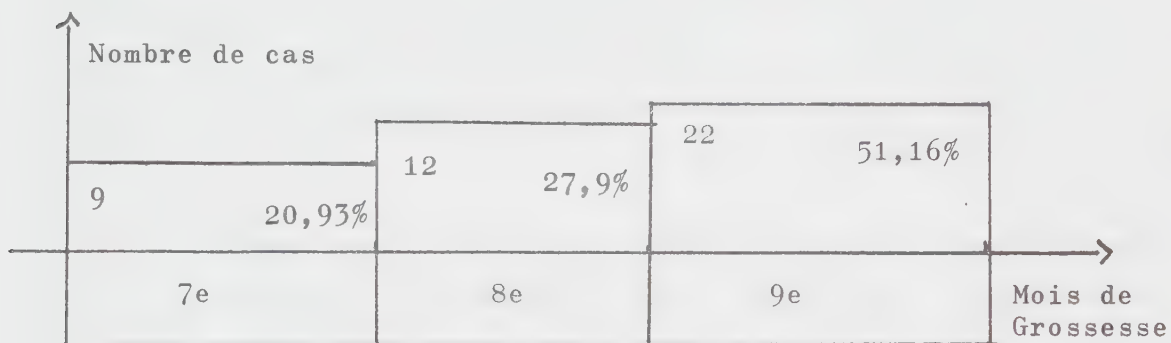
I - LES ACCOUCHEMENTS PAR VOIE BASSE

1 - Fréquence

Notre pourcentage d'accouchements par voie basse est voisin de celui de SMITH (26 %) et KIMBROUGH (30 %) supérieur à celui de GREEN (19 %) et DUMONT (20 84 %) mais inférieur à celui de BARRY & FINNEY (53 %) de HEFFRON & Coll. (42,9 %) de SEMMENS (62 %), de NELKEN et MUSIATOWICZ (79 %); LEPAGE et Coll. (64,8 %) Dans 18 cas, il s'agissait de formes sans hémorragies (41,8 %).

2 - Durée de la Grossesse

La durée moyenne de la grossesse pour les accouchements par voie basse est résumée dans le tableau ci-dessous :



3 - Modalités de l'accouchement :

Parfois spontané, l'accouchement par les voies naturelles impose assez souvent le recours à des manoeuvres obstétricales :

	Présentations	Nombre de cas
Accouchements spontanés 22	céphalique	16
	siège	5
	conduplicato-corpore	1
Manoeuvres Obstétricales 27	Rupture artificielle des membranes	15
	Application de ventouse	1
	Application de forceps	2
	Grande extraction de siège	5
	Version par manoeuvres internes + G.E.S.	3
	Manoeuvre de Braxton-Hicks	1

Chez quinze femmes (34.8 %), la rupture artificielle des membranes fut nécessaire, le plus souvent en raison de l'hémorragie.

Dans quatre observations, la rupture artificielle de la poche des eaux a été le premier temps de manoeuvres obstétricales : version par manoeuvres internes suivies de grande extraction de siège dans 3 cas, grande extraction de siège isolé dans une observation. Dans un cas seulement, la rupture artificielle des membranes fut compliquée d'une procidence du cordon avec issue foetale d'ailleurs favorable.

~ Les manoeuvres d'extraction n'ont pas été spécialement dommageables pour le fœtus à l'exception d'un cas : celui d'un enfant de 2.910 g décédé après grande extraction de siège. Dans cette observation ainsi que dans les autres, les manoeuvres obstétricales étaient motivées par la trop grande prématurité, l'abondance de l'hémorragie, l'urgence d'une évacuation utérine ou l'absence de progression à dilatation complète ; plusieurs de ces conditions pouvant se trouver réunies. Il s'agit en général de cas très particuliers et il faut se rallier à l'opinion des auteurs qui rejettent l'emploi des manoeuvres obstétricales autres que la rupture artificielle des membranes dans le traitement du placenta praevia hémorragique à cause de l'extrême gravité de ces manoeuvres. Ceci pour l'enfant déjà fragilisé par l'anoxie foetale et les hémorragies maternelles antérieures et pour la mère qui reste toujours menacée de troubles de l'hémostase et de l'éventualité d'une rupture utérine sur cet utérus de structure modifiée (LEPAGE - HERVET & HENRION). Les conclusions du rapport de PAUCOT & REEB (1933) restent toujours valables : "La mort du fœtus ou sa non viabilité ne constitue pas une contre indication absolue au traitement chirurgical. Si la vie de la mère est gravement en danger, si elle paraît sauvegardée par une intervention chirurgicale, c'est à la chirurgie qu'il faut s'adresser", en entendant par la chirurgie la voie haute.

II - LES OPERATIONS CESARIENNES

1. - Fréquence

Le taux des opérations césariennes est de 70,13 %. Il est identique à celui de KIMBROUGH (70 %) et voisin de celui de GANDAR & GRENIER (66,6 %) 1965, de SMITH (74 %). Il est inférieur à celui de FEHROLZ (78 %), de GREEN (81 %), de DUMONT (79 16 %) mais nettement supérieur aux pourcentages donnés par SEMMENS (38 %), RIVIERE (32 %) 1958, LEPAGE (35 2 %) 1963 et BILLIEUX (27 %) 1959. L'extraction chirurgicale du fœtus a donc été fréquente (101 cas).

2 - Date de l'intervention

Si l'on précise la date de l'intervention par rapport à l'âge de la grossesse, nous trouvons :

7 césariennes au cours du septième mois de la grossesse,
15 au cours de huitième mois
79 au cours du neuvième mois.

L'opération césarienne a eu lieu avant le terme de 8 mois et demi dans 46 observations soit 45 54 %.

3. - Circonstances de l'opération césarienne

a) LES MEMBRANES ETAIENT ROMPUES CHEZ 25 DES 101 FEMMES OPEREES

On relève 13 ruptures spontanées, 12 ruptures artificielles. Dans quatre observations avec hémorragie sévère, la décision opératoire est intervenue après une tentative infructueuse de rupture des membranes qui a pu aggraver le saignement et le pronostic fœtal : un enfant décédé, deux enfants en état de mort apparente. Dans les 25 cas où les membranes étaient rompues, que la rupture ait été spontanée ou artificielle, l'opération césarienne a toujours été entreprise d'urgence soit en raison de la persistance de l'hémorragie, éventualité la

plus fréquente, soit du fait d'un autre élément pathologique isolé ou associé : procidence du cordon (3 cas), présentation transversale (3 cas), présentation du front (1 cas), souffrance foetale (2 cas). Parmi ces 25 femmes, 17 avaient atteint le neuvième mois de leur grossesse et 9 d'entre elles étaient à terme. Dans les 8 autres observations, il s'agissait de grossesses au septième mois (5 cas) ; ou au 8ème mois (3 cas)

b) - L'OPERATION CESARIENNE A EU UN CARACTERE d URGENCE DANS 80 CAS.

35 d'entre elles (43.7 %) étaient en travail et 45 ne l'étaient pas (56.2 %).

c) - L'OPERATION CESARIENNE A ETE FAITE SANS URGENCE DANS 21 CAS.

On est alors intervenu avant tout début de travail chez des femmes déjà mises en observation durant la grossesse en raison de la répétition, de la persistance des hémorragies ou de facteurs associés.

Ces opérations césariennes effectuées avant le début du travail, sans urgence ont toutes été faites au cours du neuvième mois de la gestation et trois d'entre elles seulement avant huit mois et demi. Le poids moyen des enfants extraits dans ces conditions était de 3.500 g.

Dans ce groupe de 21 Observations, trois fois seulement, il n'y avait pas eu d'hémorragies. L'intervention avait alors été décidée en raison de l'association d'une présentation transversale à un antécédent de myomectomie chez une malade, de l'association d'une présentation transversale à des fibromes utérins chez une primipare âgée. Dans la troisième observation, l'insertion vicieuse du placenta devait être une surprise opératoire au cours d'une opération césarienne itérative.

Dans tous les autres cas d'interventions sans urgence, à terme ou aux environs du terme, il y avait eu hémorragie au cours de la grossesse : hémorragie parfois répétée mais isolée dans 12 Observations, hémorragies associées à un ou plusieurs éléments défavorables, voire franchement pathologique dans les six derniers cas : hypertension artérielle, présentations anormales : présentation du siège, ou transversale, fibromes utérins, antécédent d'opération césarienne de myomectomie ou de curetage post-partum.

Il convient de mentionner que dans ce même groupe, il s'agissait dans 14 cas (2/3) d'une variété recouvrante de placenta prae via et dans quatre cas seulement, d'une variété non recouvrante. Dans les trois dernières observations, la variété n'était pas précisée.

4 - Technique Opératoire

Dans la majorité des cas, la technique opératoire s'est adressée à l'opération césarienne basse transversale : incision segmentaire mais parfois aussi segmento corporeale. On sait en effet combien l'ampliation du segment inférieur est médiocre en pareille circonstance, tout spécialement lorsque l'intervention est entreprise avant le début du travail et en cas de présentation transversale. Il s'agit d'une chirurgie particulièrement hémorragique et dans tous les cas, la transfusion sanguine doit être prévue.

Lorsque l'insertion placentaire est antérieure, l'hystérotomie accède au placenta qu'il faut contourner pour extraire rapidement l'enfant et clamper le cordon ombilical. L'opération césarienne abdominale a parfois été complétée d'une stérilisation tubaire, d'une myomectomie ou d'une hystérectomie.

Malades traitées chirurgicalement	101
Opérations césariennes isolées	94
Première intervention	82
Intervention itérative	12
Stérilisation tubaire	12
Opération césarienne + myomectomie	2
Opération césarienne suivie d'hystérectomie	5

... Dans 12 observations, il s'agissait d'opérations césariennes itératives : deuxième intervention dans huit cas, troisième intervention dans trois cas ; quatrième intervention chez une dernière malade.

... Dans 10 Observations, il est fait mention de difficultés opératoires particulières : difficultés d'extraction de l'enfant, de clivage placentaire et d'hémostase.

... Dans 5 cas, l'hystérotomie fut complétée d'une hystérectomie d'hémostase, celle-ci a été immédiate dans deux cas et retardée dans les trois autres cas.

... Les deux hystérectomies immédiates ont été effectuées chez une VIII^è pare de 27 ans et chez une V^è pare de 37 ans opérées pour hémorragie l'une et l'autre d'urgence à huit mois, en raison de l'impossibilité du clivage placentaire-segmentaire et l'examen histologique devait confirmer dans les deux cas, le diagnostic de placenta accreta.

... Chez trois malades, l'hystérectomie d'hémostase fut décidée secondairement devant la persistance de l'hémorragie après opération

césarienne et échec du tamponnement du segment inférieur par voie vaginale. La réintervention n'a pas empêchée l'issue fatale chez deux malades malgré des transfusions sanguines massives.

	Age de la grossesse	Type d'intervention	
Obs. n° 278/1958 VII ^e Pare 40 ans	à terme En travail	Hystérectomie totale avec conservation annexielle	Décès
Obs. n° 663/1958 VII ^e Pare 36 ans	à terme En travail	Hystérectomie subtotale avec conservation annexielle	Phlébite Embolie Pulmonaire Septicémie Guérison
Obs. n° 1536/1961 1 ^{ère} Pare 17 ans	Près du Terme En travail	Hystérectomie totale avec conservation annexielle	Décès

5 - Placenta accreta :

La mauvaise qualité de la caduque en zone utérine segmentaire rend compte de la fréquence particulière du placenta accréta : deux observations dans notre série (1,38 %) confirmées par l'examen histologique des deux pièces d'hystérectomie.

B - CONCEPTION ACTUELLE DU TRAITEMENT

I - EN FIN DE GESTATION

Le traitement des hémorragies de l'insertion basse du placenta survenant en fin de gestation reste discuté.

- En premier lieu s'impose l'hospitalisation ; la détermination du groupe sanguin est immédiate, afin d'être en mesure chez de telles femmes de faire une transfusion sanguine qui est l'indication thérapeutique de base, à répéter suivant les données des numérations globulaires. On lui associe le traitement médical de l'anémie.

1 - Si la femme se trouve dans le 9ème mois

de la grossesse, la tendance actuelle est d'intervenir après avoir précisé le diagnostic, rétabli l'état général et apprécié le volume du fœtus.

- On pratique alors une opération césarienne près du terme avant tout début du travail = intervention sans urgence si l'hémorragie a cessé. On évite ainsi à la mère les hémorragies parfois cataclysmiques du début du travail.

On soustrait surtout l'enfant au risque d'une anoxie certainement plus redoutable que la prématurité ainsi créée.

2 - Avant le 9ème mois, le traitement d'attente

paraît bénéfique si l'état général n'apparaît pas immédiatement grave. Mais l'anémie qui persiste ou même qui augmente en raison des hémorragies répétées malgré le traitement médical et les transfusions sanguines oblige encore à intervenir par opération césarienne. Là encore, le risque d'anoxie fœtale pourrait l'emporter sur celui de la prématurité.

3 - Prévention des hémorragies et de l'accouchement prématuré

La prévention de ces hémorragies ou de leur récurrence demeure un souci constant.

Le diagnostic d'insertion basse du placenta étant établi et confirmé par la localisation placentaire, il importe d'imposer le repos strict au lit. Celui-ci, proposé depuis longtemps et associé aux antispasmodiques utérins n'empêche pas toujours la survenue d'hémorragies parfois très graves ni le déclenchement prématuré du travail. Aussi depuis longtemps a-t-on cherché par divers artifices à prévenir le décollement partiel du placenta, cause principale du saignement. Les divers procédés proposés visent à réaliser un "plateau de soutien utéro-placentaire" capable de réduire l'antagonisme entre les mouvements expansifs de la paroi de l'utérus et la résistance du placenta.

C'est dans cette optique que DELLEPIANE (1963) a proposé le cerclage du col utérin qui agirait non seulement par le jeu d'une plus grande résistance de l'orifice interne, mais aussi en s'opposant aux mouvements d'extension du segment inférieur par modification du comportement neuro-musculaire de celui-ci.

Dans nos observations nous trouvons un seul cas de cerclage cervico-isthmique :

- Primipare de 25 ans D. R. ... : 3 Janvier 1963.

*La première hémorragie survient le 26 Août au début du 8ème mois de la gestation ; cerclage du col utérin le 30 Août
L'hémorragie ne se reproduira pas. Une opération basse sera effectuée après section du fil de cerclage le 1er octobre pour rupture prématurée des membranes et présentation transversale : enfant vivant de 2.840 g.*

Il s'agit là d'une observation unique et certainement privilégiée. Un cas plus récent, postérieur à cette statistique, n'a pas eu une issue aussi favorable. La reprise de l'hémorragie et le début du travail survenus quelques heures après l'intervention devaient obliger rapidement à la section du fil de cerclage suivie de l'expulsion de l'oeuf.

II - PENDANT LE TRAVAIL

Le traitement s'impose d'extrême urgence en raison de l'abondance de l'hémorragie.

1. - La rupture artificielle large des membranes :

Si les membranes sont accessibles, cette rupture doit toujours être faite si elle est possible, mais elle n'intervient que comme une thérapeutique d'attente pendant les préparatifs opératoires, pendant la mise en place de la réanimation voire pendant le transport de la femme vers un centre obstétrical si l'hémorragie a surpris avant l'hospitalisation.

- L'accouchement par voie basse peut survenir s'il s'agit d'une multipare dont la dilatation progresse vite. La délivrance artificielle s'impose, suivie de révision utérine. L'injection dans l'épaisseur de l'utérus au travers de la paroi abdominale d'un ocytocique est indispensable. Elle sera complétée par l'injection veineuse ou musculaire de méthylergobasine pour obtenir une action immédiate et prolongée sur la tonicité utérine. L'hémorragie de la délivrance si fréquente en cas d'insertion basse du placenta sera ainsi évitée. Toutefois, les lésions amenées par l'attache du placenta au niveau du segment inférieur sont parfois cause de grandes difficultés de délivrance, voire d'impossibilités qui peuvent conduire à pratiquer une hystérectomie.

2. - L'opération césarienne :

L'intervention par voie haute sera donc la thérapeutique de la majorité des cas = opération césarienne basse avec incision transversale du segment inférieur. Rarement aujourd'hui, cette intervention

sera complétée d'une hystérectomie . Toutefois, la chirurgie radicale reste formelle en cas de placenta accreta ; elle demeure souhaitable chez certaines multipares anémiées et fatiguées.

La perfusion sanguine pré, per et post-opératoire, l'oxygénothérapie, l'antibiothérapie, sont les compléments indispensables de l'intervention.

CHAPITRE 4

PRONOSTIC

PRONOSTIC

En dépit des progrès de la réanimation, des possibilités de l'antibiothérapie, de l'anesthésie et de la transfusion sanguine, l'insertion basse du placenta reste un des syndromes obstétricaux les plus redoutables pour la mère et pour l'enfant. L'hémorragie en fait toute la gravité. Le pronostic sévère autrefois, s'est cependant considérablement amélioré ces dernières années.

Nous avons étudié le pronostic maternel puis le pronostic foetal dans nos 144 observations.

A - PRONOSTIC MATERNEL

I - MORTALITE MATERNELLE

Deux femmes sont décédées, soit 1,38 %. Ce taux est identique à celui de REICH (1941 - 1954), de RIVIERE & Coll. (1958), de BEILLEY (1952). Il est inférieur à celui d'EADIE & RANDALL 2,3 % (1954), de NELKEN et MUSIATOWICZ 4,70 % mais supérieur à celui de KIMBROUGH,

SEMMENS et GREEN. Les deux décès sont survenus après hystérectomie secondaire justifiée par la persistance de l'hémorragie après opération césarienne. C'est souligner l'importance de la décision de compléter immédiatement l'hystérotomie par l'hystérectomie lorsque l'hémostase paraît insuffisante. Il ne s'agit pas toujours de placenta accreta et l'appréciation est difficile. Beaucoup d'hémorragies en nappes du segment inférieur se tarissent rapidement et la chirurgie mutilatrice ne doit pas être abusive. Celle-ci est impérative si le placenta est manifestement accreta ; dans les autres cas, l'hémostase des zones où le saignement est notable peut être parfois assuré par quelques points superficiels endo-utérins.

II - MORBIDITE MATERNELLE

1 - Morbidité après accouchement par les voies naturelles :

Nous avons relevé un état de choc sans hémorragie notable survenu vingt minutes après la délivrance, six anémies secondaires ayant motivé une transfusion sanguine dans 5 cas et trois transfusions dans la sixième observation ; une périphlébite, une phlébite profonde.

2 - Morbidité après traitement chirurgical :

Nous avons relevé :

- hémorragies post opératoires précoces : 5
- Collapsus post-opératoire : 1
- Anémie : 31
- Suites fébriles : 6
- Phlébites : 3
- Cinq fois, l'hémorragie a persisté après opération césarienne. Dans trois cas, une hystérectomie d'hémostase fut nécessaire. La malade qui a survécu a eu des suites difficiles ; phlébite, embolie pulmonaire, phlegmon de la cuisse et septicémie.

Chez deux malades la réintervention ne fut pas nécessaire.

- Un cas de collapsus post-opératoire précoce chez une malade dont l'hémorragie avait été très certainement compensée de façon insuffisante, a été rapidement corrigée par la transfusion sanguine.
- Trois phlébites des membres inférieurs (2 %) ; l'une d'elle compliquée d'embolie pulmonaire ont enfin été relevées.

Au total, la morbidité maternelle est certaine. Elle a cependant été considérablement influencée si l'on se réfère aux anciennes publications, par la transfusion sanguine, l'antibiothérapie systématique, la thérapeutique anticoagulante et dans les formes hémorragiques où l'accouchement a pu se faire par voie basse, par la pratique habituelle d'une délivrance artificielle suivie de révision utérine.

B - PRONOSTIC FOETAL

C'est l'élément qui reste aujourd'hui le plus préoccupant de ce syndrome obstétrical. Si les résultats maternels ont été notablement améliorés, la menace qui pèse encore sur le fœtus reste en effet très lourde.

L'étude du pronostic foetal a porté sur 145 enfants. Il y eut en effet trois grossesses gemellaires mais un fœtus mort-né et macéré et un enfant multimalformé, mort-né.

I - MORTALITE FOETALE

1 - Mortalité globale :

Au total, 16 enfants sont décédés, soit 11 %. Ce taux de mortalité foetale est voisin des taux rapportés par KIMBROUGH (11 %), HEFFRON (11,9 %) et GREEN (12,6 %) mais inférieur à ceux de DUMONT (28,7 %), LEPAGE et Coll. (30 %), BARRY & FINNEY (25 %), SMITH (24 %),

- Huit enfants étaient mort-nés (50 %) ; les autres sont décédés au cours des premières heures de la vie et dans tous les autres cas, avant la 48ème heure.
- Le rôle déterminant de la prématurité dans cette mortalité est manifeste : 11 enfants sont décédés au cours des 7ème et 8ème mois, soit 68,7 % du total des morts foetales.

Durée de la grossesse	Nombre d' enfants	Nombre d' enfants décédés	Pourcentage
9ème mois	102	5	4,9 %
8ème mois	27 } 43	4 } 11	14,8 % { 25,6%
7ème mois	16 }	7 }	43,7 % {

- Le poids moyen des enfants morts était de 2.053 g. Dix d'entre eux pesaient moins de 2.000 g. Les modalités de l'accouchement influent grandement sur le pronostic foetal.

2 - Mortalité des enfants nés par opération césarienne

Elle est globalement de 11 décès sur 103 enfants (10,6 %). Trois opérations césariennes seulement ont été pratiquées chez des femmes qui n'avaient pas eu d'hémorragies pendant la grossesse ou pendant le travail et le taux de mortalité foetale des formes hémorragiques est

peu différent du précédent (11 %) chiffre identique à celui d'HEFFRON (11,9 %) mais supérieur à celui de KIMBROUGH et surtout de GREEN (7,6 %).

Il est intéressant d'étudier le pronostic foetal en fonction des circonstances de l'opération césarienne :

- Le seul décès observé sur les 21 enfants extraits par voie haute sans urgence à terme ou aux environs du terme est un enfant polymalformé mort-né ; nous l'avons exclu de cette statistique.
- En revanche, pour les opérations césariennes pratiquées d'urgence (80), la mortalité s'établit à 11 décès pour 82 enfants (13,4 %). Pour six de ces 11 enfants morts on est intervenu chirurgicalement avant le début du travail, ce qui donne l'occasion de mettre l'accent sur la très haute gravité de certaines hémorragies de la grossesse.
- Ces morts foetales étaient-elles évitables ? Dans sept observations, la prématurité et le poids de l'enfant (inférieur à 2 400 g) interdisait l'interruption de la gestation à une date plus précoce. Pour les 4 autres enfants, la grossesse avait atteint le terme de 8 mois dans un cas et de huit mois et demi dans les trois autres cas.
- Dans 3 de ces 4 observations, les bruits du cœur foetal étaient inaudibles lors de l'admission et le fœtus ayant succombé, l'intervention était justifiée par l'abondance de l'hémorragie. Dans ces trois observations, il s'agissait de placenta praevia totalement recouvrant, l'un deux était accreta. Les 11 enfants morts malgré l'extraction chirurgicale étaient tous issus de formes extrêmement hémorragiques de placenta praevia : le volume moyen de sang transfusé fut considérable, 3 LITRES environ.

3 - Mortalité des enfants nés par les voies naturelles :

- Elle est globalement de 5 décès pour 42 enfants (11,9 %). Mais ces 5 décès sont tous survenus dans des formes hémorragiques d'insertion basse du placenta. La mortalité de ces formes (25 cas) est donc de 20 % : taux voisin de celui de BLAY (19 %)
- Le rôle de la prématurité est ici un facteur plus important encore que pour les enfants extraits par opérations césariennes : 3 grossesses au début du 7ème mois, une au cours du 8ème mois. Quatre enfants sur cinq pesaient moins de 1.500 g. Trois de ces enfants décédés étaient en présentation du siège et le traumatisme obstétrical est venu adjoindre sa gravité propre à celle de la prématurité et de l'anoxie accouchement spontané en présentation du siège de deux enfants de 1.410 g. et 1.360 g. grande extraction de siège d'un enfant de 2.910 g. Un enfant mort pendant le travail fut expulsé en conduplicato corporé (1.360 g.). Un seul accouchement spontané en présentation céphalique (enfant mort-né de 1.340 g.).
- Dans ces cinq morts foetales, la prématurité et le traumatisme de l'accouchement ont paru des facteurs plus importants que l'hémorragie ; le volume moyen de sang transfusé a cependant atteint un litre.

II - MORBIDITE FOETALE

Chez 19 enfants (13,1 %) , une réanimation plus ou moins prolongée fut nécessaire.

- Ces réanimations ont concerné :

- 14 enfants extraits par opérations césariennes (13,7 %) ;
- et 5 enfants nés par les voies naturelles (11,9 %) .

- Le taux des réanimations à la naissance après opération césarienne était de 11 % pour DUMONT, de 19 % pour NELKEN & MUSIATOWICZ.

Les numérations globulaires effectuées chez l'enfant peu après la naissance ont révélé dans deux cas, une anémie suffisamment importante pour justifier une transfusion sanguine : un enfant de 3.340 g. extrait par voie haute et un prématuré de 2.200 g. accouché par les voies naturelles.

L'insertion vicieuse du placenta a pu être considérée comme une cause possible de malformations foetales. Dans notre série, la fréquence de celles-ci n'est pas significative. Nous avons trois enfants malformés (2 %) : un jumeau atteint de spina bifida non ulcéré, un mongolien atteint de cardiopathie congénitale, un polymalformé mort-né.

Au total, le pronostic foetal reste essentiellement fonction de quatre facteurs principaux :

- 1 - La prématurité souvent alliée à la débilité.
- 2 - L'anoxie essentiellement conséquence des hémorragies et de l'anémie maternelle.
- 3 - L'anémie foetale qui doit être suspectée lorsque la mère a saigné abondamment ou à des occasions répétées.
- 4 - Le traumatisme obstétrical enfin, particulièrement nocif sur ces enfants fragiles.

L'amélioration de ce pronostic dépendra essentiellement de l'éducation des médecins, de l'hospitalisation rapide des mères et d'une thérapeutique adaptée en centres spécialisés où il sera possible d'opérer rapidement.

CONCLUSION

L'étude de 144 observations d'insertion basse du placenta recueillies en 10 ans à la Clinique Obstétricale et Gynécologique du C.H.U. d'Angers de 1956 à 1965 inclus, permet les conclusions suivantes :

- I - L'insertion basse du placenta reste un syndrome assez fréquent : en 10 ans, du 1er janvier 1956 au 31 décembre 1965, sur 19.722 accouchements, 144 cas sont trouvés soit 0,73 % du total des accouchements.
- II- L'étude de l'étiologie confirme le rôle déjà connu de la multiparité, de la fréquence des antécédents gynécologiques et obstétricaux. En effet :
- la multiparité est retrouvée dans 88,2 % des cas ;
 - les interventions gynécologiques, surtout curetage utérin dans 15 % des cas ;
 - les avortements antérieurs (27) dans 18,75 % des cas.

III - Du point de vue clinique, nous avons insisté sur la relative rareté de la rupture prématurée des membranes à laquelle s'opposent l'extrême fréquence des hémorragies et le grand nombre des présentations anormales.

En effet :

La rupture prématurée des membranes a été observée dans 20 observations soit 13,9 % des cas ; elle n'a pas été plus fréquente dans les formes non hémorragiques.

Les hémorragies constituent le symptôme essentiel : 123 femmes sur 144 en ont présentées. Elles surviennent surtout dans les trois derniers mois ; la première manifestation hémorragique est apparue 17 fois avant le 6ème mois, 16 fois au 7ème et 30 fois au 8ème mois

- Les présentations anormales ont été mises en évidence dans 36 % des observations et la procidence du cordon dans 3,47 %.
- L'accouchement est survenu prématurément dans près de la moitié des cas. Il a eu lieu dans 10,4 % au cours du 7ème mois, 18,7 % au cours du 8ème mois dans 70,8 % au cours du 9ème mois.

IV - Quant au traitement, on relève 30 % d'accouchements par voie basse et 70 % d'accouchements par voie haute

- L'opération césarienne est donc très souvent indiquée. Elle apparaît encore comme le seul moyen capable d'améliorer le pronostic foetal.
- L'opération césarienne a été faite 7 fois au 7ème mois, 15 fois au 8ème mois, 79 fois au 9ème mois et dans 47 cas avant 8 mois et demi.

- L'intervention a été complétée d'une stérilisation tubaire dans 120 observations et 5 hystérectomies ont été nécessaires.
- Ces interventions chirurgicales ont été pratiquées 21 fois sans urgence, 80 en urgence dont 35, les femmes étant en travail et 45 en dehors de ce dernier.

V - Le pronostic apprécie la valeur des thérapeutiques appliquées. Du point de vue maternel, la mortalité a été de 1,38 % (2 cas après césarienne). Les suites ont été pathologiques dans 9 Observations où la voie basse avait été employée, et dans 43 observations après opération césarienne.

- Quant au pronostic foetal, il est assez satisfaisant puisque 11 % de décès, 10,6 % après opération césarienne, 11,9 % après voie basse. Il faut donc noter un chiffre sensiblement égal, que l'accouchement soit fait par opération césarienne ou par les voies naturelles. Sachant que l'opération césarienne est réservée aux cas les plus graves, en particulier dans les hémorragies importantes, on doit conclure à la supériorité de la voie haute dans le traitement de l'insertion basse du placenta. La morbidité foetale, enfin est la suivante : 13,7 % de réanimation après césarienne, 11,9 % après accouchement par voie basse

Syndrome redoutable et qui le reste, l'insertion basse du placenta sera traitée chirurgicalement dans ses formes moyennes et à plus forte raison ses formes graves. C'est ainsi que l'on peut espérer améliorer le pronostic foetal ; toutefois, la rupture large des membranes reste toujours le premier geste thérapeutique toutes les fois où cela est possible ; elle permet les préparatifs de l'opération césarienne ; elle peut constituer la seule thérapeutique.

S E R M E N T

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois d'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je donnerai mes soins à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Reconnaissant envers mes Maîtres, je tiendrai leurs enfants et ceux de mes confrères pour des frères, et s'ils devaient apprendre la médecine ou recourir à mes soins, je les instruirai et les soignerai sans salaire ni engagement.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir heureusement de la vie et de ma profession, honoré à jamais parmi les hommes. Si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.

BIBLIOGRAPHIE

BARRY A.P. & FINNEY J.K.

Placenta praevia a clinical survey.

Irish J. of Med. Sc 1958, 389, 216.

BERTHOUD P.

Un cas particulier de placenta praevia

Bul Féd. Soc. Gyn. Obst. av. - mai 1959, 11, n° 2
85-90.

BECKIUS, ROMBAUT, VELGHE & MERTENS J.

Placenta praevia avec transfusion de 8 litres de
sang per-opératoire.

Anesth. et Analg. Juin - Juillet - Août 1960,
17, n° 3, 359-361

BURGER J.P. - HUMMER P. - MILFORT J. - WEILER & DREYFUS J.

Placenta praevia assceta. A propos de deux observa-
tions.

Bull. Féd. Soc. Gyn. Obst. Juin - Juillet 1960,
n° 3, 325-327

BRUN

Contribution à l'étude du pronostic foetal à la suite des hémorragies par insertion basse du placenta.

. Thèse Paris 1952

BURGER P. - TUCHMANN L. - MILFORT J.

Placenta praevia. Considérations sur la statistique de la maternité.

... Bull. Féd. Soc. Gyn. Obst. de Langue Franç. 1955, 7, 338

BEILLEY J.S. - GREENBERG M.W. - AARON J.B. - PECKS J.

Placenta praevia. An eleven years review.

... Amer. J. Obst. Gyn. 1952, 63, 2, 414

BILLIEUX J.

Quarante deux césariennes sur cent quatre vingt dix huit cas de placenta praevia avec hémorragies au cours du dernier trimestre de la gestation.

... Thèse Lyon 1959.

BONAFOS M. - SERFATI M. - CANNELIER R.

Du pronostic praevia,

... Rev. Franç. Gyn. Obst. 1953, 48, 196

CAVANAGH D. - POWE Ch. E et GILSON

Placenta praevia : modern methods of diagnosis with spécial reference to isotopic placentagraphy.

... Obs. Gyn. 1961, 18, 403.

CHASTRUSSE L. - JAUBERT J.L. - MORIN J.

Du décollement prématuré du placenta inséré bas.

... Rev. Franç. Gyn. Obst. 1953, 3, 80

CHARVET F. - DUPARC J. - MARTIN P.

Deux observations de placenta praevia recouvrant absolument silencieux au cours de la grossesse et découverts à l'occasion d'une césarienne.

. Bull. Féd. Soc. Gyn. Obst. août-oct 1959, 11, n° 4, 376.

CHATAIGNON C.

Considérations sur 114 cas de placenta praevia observés en dix ans (de 1951 à 1960) à la maternité A.

A. PINARD (Paris).

. Thèse Paris, 1962, n° 1364, 55 pages.

COHEN J.

Placenta praevia. Formes cliniques, diagnostic et traitement.

. Gaz. Méd. France, 10 Oct. 1966, 73, n° 19, 3755-3757.

CHOSSONN J. - RUFH.

Césarienne et insertion basse du placenta

Bull. Féd. Soc. Gyn. Obst. de langue franç. 1961, 13, 334

DUBOIS J.

Synéchies cervico-isthmiques, placenta praevia recouvrant et anormalement adhérent.

. Bull. Féd. Soc. Gyn. Obst. avr-mai 1965, 17, n° 2, 195-196

DUMONT M.

Le placenta praevia (étude de 72 observations)

. La presse médicale 1962, 70, 2, 567-2.569

DUPARC J. & BOYRON P.

Observation de placenta praevia compliqué de
choc hémorragique avec fibrinolyse, et d'escarre.

. . Bull. Féd. Soc. Gyn. Obst. sept-oct. 1964, 16
n° 4, 467.

DONALDSON I. A.

Hypofibrinogénémie placenta praevia.

. J. Obst. Gyn. Brit. Common, Fév. 1964, 71,
n° 1, 126-127.

DAVIDSON V. A. - BRUNKEN R.

Placenta praevia : its incidence ; diagnosis and
treatment.

J. Intern. Coll. Surgeons 1957, 27, 446

DELLEPIANE G

Récentes acquisitions dans le domaine de la béance
de l'isthme.

. Gyn. Pratique, 1963, 14, 3, 189-197

DESOUBRY J

Les interventions chirurgicales dans le traitement
du placenta praevia.

. Thèse Paris 1925

DILL L. V. - SHEFFERY J. B. et WILLSON P.

Foetal mortality associated with the method of
delivery of patients with placenta praevia.

Amer. J. Obst. and Gyn. Saint-Louis 1949, 58,
738, 742

EADIE F. S. - RANDALL J. H

Placenta praevia bleeding in late pregnancy

. , Review of 131 cases from 1926 to 1952 Obst. Gyn
1954, 3, 11.

EASTMAN N.J.

Williams Obstetrics, ed. 11 New-York, 1956, Appleton-Century, Crofts, Inc.

FEHRHOLZ J.

Place et indications de l'opération césarienne dans le traitement du placenta praevia hémorragique. Son incidence sur le pronostic foetal. A propos de 45 observations cliniques.

. . Thèse Paris 1961

FITZGERALD J.E. - WEBSTER A. - GEITTMANN W.E. - ZUMMO B.

Placenta praevia : Conservative treatment.

. Amer. J. Obst. Gyn. 1954, 68, 659

FILIPPI J

Traitement du placenta praevia à la clinique d'accouchement de Bordeaux.

. Thèse Bordeaux 1925.

FOOTE W.R. & FRASER W.D.

Placenta praevia

. Amer. J. Obst. Gyn. Juil. 1960, 80, n° 1, 10-16

GANDAR R. - GRENIER J.

A propos de 105 cas de placenta praevia.

... Bull. Fed. Soc. Gyn. Obst. de langue française
1955, 7, 73

GERNEZ L. - POIRET C. & PINCHON J

Anurie consécutive à une césarienne pour placenta praevia hémorragique. Epuration extra-rénale. Guérison.

... Bull. Féd. Soc. Gyn. Obst. avr-mai 1969, 21 n° 2
136-138

GREEN G.H.

Placenta praevia - A review of 242 cases and the principles of management.

J. Obst. Gyn. Brit. empire 1959, 66, 640.

GROS C.M. - WEILL F. & RENAUD R.

L'exploration radiologique sans préparation du placenta praevia.

J. Radiol. Electrol. oct. 1960, 41, n° 10 - 556-562

GORDON C.A. and ROSENTHAL A.H.

The expectant treatment of placenta praevia. A study of 50 maternal deaths.

Surg. Gyn. and Obst. Chicago 1949

HERVETE, HENRION R.

Anomalies de l'insertion utérine de l'oeuf.

... Placenta Praevia. Encycl. Méd. Chir. (Obstétrique), 1961, 5, 5, 069. A 10 10 p.

HATTON R.L.

Trouble de la coagulation chez les malades atteintes de placenta praevia.

Al. J. Obst. Gyn. Juil. 1961, 82, n° 1, 177-181

HEFFMON, JOHN F.

Placenta praevia : A survey in a general hospital.

Obst. and Gyn. 1959, 14, 174-178

HIBBARD L.T.

Foetal mortality in placenta praevia.

Obst. Gyn. 1959, 8, 613

JOHNSON H.M.

The management of placenta praevia. Review on 201 cases with emphasis on conservation.

... Amer. J. Obst. 1950 59, 1 236.

JARROUSSE J.

Un cas de placenta praevia accreta s'insérant en partie sur le col utérin.

... Bull. Féd. Soc. Gyn. Obst. avr-Mai 1965, 17, n°2, 194-195

JOSEY W.E.

Placenta praevia accreta avec hypofibrinogénémie associée.

... Am. J. Obst. Gyn. 1 mai 1964, 89, n° 1, 135-136

JOHNTSON R.A.

Rational treatment of placenta praevia.

Am. J. Obst. Gyn. 1956, 71, 683.

KELLER R. & KELLER B.

Contribution à l'étiologie du placenta praevia accreta partiellement cervical.

Gyn. Obst. 1952, 4, 767

KIMBROUGH R.A.

Antepartum hemorrhage. A review of 383 cases of abruption placentae and 169 cases of placenta praevia treated during the years to 1957.

Amer. J. Obst. Gyn. 1959, 78, 1161

KORANYI G. & TOTH M.

Placenta praevia et anémie hémorragique néonatale

... Minerva ped. a Juin 1967, 19, n° 22, 1063-1965

LACOMBEM

Pratique Obstétricale, 1960, T.1, p. 467 - Insertion basse du placenta.

. MASSON et Cie édit.

LEPAGE F., HERVETE - HENRION R.

Considération sur 114 cas de placenta praevia

Gyn. Obst. 1963 62, 171-189

LYONNET R. & BOURGEOIS M. Mlle

Hystérectomie pour placenta praevia chez une primipare agréée. Choc opératoire grave, stoppé par l'hydrocortisone intraveineuse. Apparition ultérieure d'un syndrome de "Crusinjury", guérison.

... Bull. Féd. Soc. Gyn. Obst. Janv-Mars 1959, 11, n° 1 47-48.

MAYER M.

Le traitement chirurgical des hémorragies par insertion vicieuse du placenta à la clinique Baudelocque de 1920 à 1931

. Thèse Paris 1933.

MERGER R. - LEVY J. - MELCHIOR J.

Précis d'obstétrique - 2è édition, 1961, p. 260

MACAFEE, C.H.G. -

Le "Placenta Praevia"

Lancet, 1960, 1, 449-452.

MAHON R. - MOULINIER J. - SOUMIREU-MOURAT J. - BRUN G.

Placenta praevia et hémorragies par incoagulabilité secondaire.

Bull Féd Soc Gyn Obst Franç. 1957, 5, 562

MACAFEE, C.H.G., MILLAR W.G. et HARLEY G.

La mortalité foetale et maternelle par placenta
praevia.

J. Obst. Gyn. Brit. Common. av. 1962, 69, n° 2
203 212

MORGAN J.

Placenta praevia : rapport d'une série de 538 cas
(1938-1962).

J. Obst. Gyn. Brit. Common. Oct. 1965, 72, n° 5,
700-705

MENON M.K.K.

Etude du traitement du placenta praevia.

J. Obst. Gyn. Brit. Commonwealth. Oct. 1963, 70,
n° 5, 787; 794.

MULLER J.N.

La césarienne basse - Traitement chirurgical de
choix du placenta praevia.

Rev. Franç. Gyn. Obst. 1947, 42, 236-244

NELKEN S. & MUSIATOWICZ J.

Quarante deux césariennes à l'occasion de 198 cas
de placenta praevia avec hémorragie au cours du der-
nier trimestre de la gestation.

Gyn. et Obst. 1958, 57-435.

NESBITT R.E.L. Jr - YANKAUER A. - ALLAWAY NC & SCHLESINGER E.R.

Recherche des taux de mortalité périnatale associés
à un placenta praevia dans l'Etat de New-York, 1942,
1958.

New-England, J. Med. 23 août 1962, 277, n° 8
381-386

NEUMANNE - DUMAS B. & BERNARDIN D.

Grossesse prolongée et placenta praevia central.

... Bull. Féd. Soc. Obst. sept. Oct. 1962, 14,
n° 4, 563-564

NISWANDER K.R. & Coll.

Morbidité foetale dans des conditions d'anoxie.

11 - Placenta praevia.

... Amer. J. Obst. Gyn. 15 Juil. 1966, 95, n° 6,
846-852

PAUCOT & REEB M.

Traitement chirurgical du placenta praevia - Rapport
au 8ème congrès de l'association des Gynécologues et
Obstétriciens de langue française.

... Paris 1933.

PIGEAUD H. - VUAGNAT - BOHE

Anémie grave chez un nouveau-né dont la mère présen-
tait un placenta praevia avec hémorragie grave.

... Bull. Ass. Gyn. Obst. Langue Franç. 1949, 1, 58.

PIRAUX P.

Vingt ans de césarienne abdominale

... Gyn. Obst. 1954, 53, 428

REICH A.M.

Placenta praevia, a critical appraisal based on a
35 years study at Bellvue Hospital (1919-1954).

... Amer. J. Obst. Gyn. 1956, 72, 277.

RIVIERE M. - MAHON R. - CHASTRUSSEL - DUBECQ J.O. - MONDON A.

200 cas d'hémorragies par insertion basse. Pronostic
foetal et maternel.

... Bull. Féd. Soc. Gyn. Obst. de langue Française 1958

SEMMENS J.P.

Placenta praevia : The role of conservative management in a controlled study.

... Amer. J. Obst. Gyn. 1959, 77, 63

SERMENT H. & RUF H.

Association du placenta praevia et de décollement prématuré du placenta.

, Bull. Féd. Soc. Gyn. Obst. mai-juin 1961, 13, 321-322

SMITH K.

Ceserean section in the treatment of placenta praevia. A review of 99 cases.

... Amer. J. Obst. Gyn. 1959, 77, 55.

STEINER & LUSHBAUGH C.C.

Maternal pulmonary embolism by amniotic fluid as cause of obstetric shock and unexpected deaths in obstetrics

, J.A-M.A, 1941, 117, 1245. (10/11/41) - 1340 (18/10/41).

SLUDER H.M. & LOCK F.R.

Sudden maternal deaths associated with amniotic fluid embolism.

... Am. J. Obst. Gyn. 1952, 64, 118.

SZEKLEY E.

La mortalité actuelle par hémorragie due au placenta praevia.

... Thèse Paris 1934.

THIBAUDIER J.

A propos de la mortalité du nouveau-né dans le placenta praevia opéré par césarienne.

... Thèse Lyon, 1950

VISSCHER R.D. & BAKER W.S. Jr.

Localisation du placenta praevia.

- Amer. J. Obst. Gyn. Déc. 1960, 80, n° 6, 1154-1160

WILLIAMS - TIFFANY J.

The expectant management of placenta praevia.

- Amer. J. Obst. Gyn. 55 (1) - 1948 PP 169-176.

WILLIAMS G.L.

Recidive de placenta praevia dans 4 grossesses consécutives.

J. Obst. Gyn. Brit. Commonw. Août 1967, 74, n° 4, 609-610

